

Interpersonlig traume og kropporienterte psykoterapier

Eldfrid Amlund

Interpersonlig traume og kroppsorienterte psykoterapier

Ved å fokusere på de fysiske så vel som de psykologiske manifestasjonene av den traumatiske forstyrrelsen kan en mer integrert heling bli mulig.

Opplevelsesbaserte, kroppsforankrede terapimetoder er «på frammarsj» internasjonalt, og mange teoretikere har fremholdt den store verdien slike terapimetoder kan ha for individer som har opplevd interpersonlig traume (se for eksempel Aposhyan, 2004; Cloitre, Cohen, Koenen, 2006; Emerson, Hopper, 2011; Hart, 2011; Kurtz, 2007; Leijssen, 2006; Levine, 1998/2007; Nijenhuis, 2000; Ogden, Minton, Pain, 2006; Rothschild, 2000; van der Kolk, 2011). Sansemotorisk psykoterapi (Ogden, 2006) er et eksempel på en kroppsforankret terapimetode og vil stå sentralt i denne artikkelen.

Prinsippene og hovedelementene i Pat Ogdens metode er, så vidt jeg kan se, de samme som en finner i flere andre moderne former for kroppsorientert psykoterapi.

Splittelsen mellom hode og kropp er ifølge Ogden en av de mest alvorlige virkningene av interpersonlig trauma

Ogden har beskrevet hvordan et menneske reagerer i en livstruende situasjon der en hendelse overvelder og overskrider dets evne til å beskytte sin integritet. Det inntreffer da automatisk en «splittelse mellom hode og kropp», en form for dissosiasjon som, ifølge Ogden, er en av de mest alvorlige virkningene av interpersonlig traume. Det overordnede målet i Ogdens sansemotoriske psykoterapi er å øke integrasjon og hele den avsplittingen som traumet har resultert i. Ogden beskriver sin metode som en utvidelse av tradisjonell snakketerapi. Den innlemmer teori og teknikk fra psykodynamisk psykoterapi, kognitiv adferdsterapi, nevrovitenskap og teorier om tilknytning og dissosiasjon. I tillegg til de dynamiske og kognitive teknikkene anvender en «sansemotorisk» psykoterapeut intervensjoner som henvender seg direkte til de repeterende og automatiske fysiske reaksjonene hos pasienten. Ifølge Ogden reflekterer slike traumerelaterte fysiske reaksjoner en tilstand av splittelse mellom kropp og psyke. Under arbeidet med å øke integrasjon gjør en «sansemotorisk» psykoterapeut også bruk av «mindfulness»-teknikker. Ogden beskriver hvordan «mindfulness»-teknikker kan hjelpe pasienter med å bli oppmerksomme på kroppen sin, og de kan lære å observere forholdet mellom sin fysiske organisering, sine tros-systemer og sine emosjoner. De kan få hjelp til å kjenne etter om en selv-representasjon som blir uttalt her og nå i terapien, fører til end-ringer i fysisk fornemmelse, kroppsholdning, autonom aktivering eller bevegelse. Et utsagn som «Jeg er en dårlig person» fører kanskje til at man synker sammen kroppslig, kjenner at brystet snører seg sammen, at man mister kraften i armene og føler seg svimmel og trist. De kan også lære hvordan deres fysiske

fornemmelser, holdninger og bevegelser påvirker deres emosjonelle tilstand og virker inn på ordene og innholdet de beskriver i terapi. Ogden hevder at denne type teknikker gradvis øker integrativ evne ved at de hjelper pasienter med å bli i stand til å bevege seg fra ett opplevelsesnivå (kroppslig, emosjonelt, kognitivt) til et annet. Grunnlaget legges dermed for å kunne forene både de fysiske og de mentale komponentene av traumatiske hendelser.

I sansemotorisk psykoterapi anvendes altså teknikker som aktivt innlemmer «kroppen» i terapi, og det arbeides her direkte med pasienters legemliggjorte opplevelse som en primær inngangsport i bearbeidelse av interpersonlig traume. Ifølge Ogden mangler de fleste psykoterapeutiske tilnærminger en metodologi som direkte henvender seg til traumerelaterte kroppslige responser. Hun hevder at de fleste tilnærmingene primært fokuserer på kognitive, adferdsmessige og psykodynamiske intervensjoner, og at de dermed bare i noen grad kan lykkes i å behandle traumerelaterte forstyrrelser. For at en mer integrert heling av interpersonlig traume skal kunne bli mulig, anbefaler hun tradisjonelt trente terapeuter å trekke «kroppen» sterkere inn i behandlingen.

I denne artikkelen drøfter jeg betingelser som må være til stede i terapi for at pasienter i en tilstand av indre splittelse skal kunne utvikle integrativ evne og bringe psyke og soma sammen til et hele. Jeg tar utgangspunkt i teorier om hvordan interpersonlig traume kan medføre splittelse mellom kropp og psyke og dermed tapt kontakt med og regulering av følelser. Dernest presenterer jeg kasus-eksempler som illustrerer enkelte kroppsbaserte tilnæringsmåter med sikte på å hele den avspaltningen som har funnet sted. Jeg vektlegger spesielt «mindfulness», pasientens kroppsspråk og visuell og fysisk «holding».

Teoretiske betraktninger

Pierre Janet (1919) var den første som beskrev på en konsistent måte at mennesker kan spalte av skadelige og ydmykende sanseintrykk og lagre disse på bevissthetsnivåer som ikke er verbalt, men perseptivt organiserte, og dermed ikke direkte tilgjengelige for kognitiv erindring. Voldsomme emosjoner og intens aktivering, vekket av interpersonlig traume, hindrer, ifølge Janet, adaptiv informasjonsbearbeidning og minsker muligheten til å formulere den traumatiske hendelsen som en eksplisitt fortelling. Han beskrev hvordan de isolerte sanseerfaringene blir til kroppslige minner, som kan ytre seg som muskelspenning, fornemmelser, autonom aktivering, osv. Videre forsto han

fenomenet traumatisk dissosiasjon eller splittelse som en vernestrategi. Han hevdet at mennesker kan beskytte sin verdighet mot krenkende avmaktserfaringer ved å dissosiere erfaringen eller sansefølelser, knyttet til slik erfaring.

Splittelse som en beskyttelsesstrategi er også et sentralt poeng i Wilhelm Reichs (1949) karakteranalytiske teori. Han hevdet at mennesker utvikler et såkalt muskelpanser for å unngå å oppleve psykisk smerte. En slik ubevisst defensiv manøver innebærer for Reich en splittelse ved at psyke og soma, som resultat av angst, begynner å skille lag. Av de mange former for defensiv atferd eller defensive væremåter som angst kan resultere i, var Reich spesielt opptatt av det han kalte «intellektualisme». I den analytiske situasjonen la han merke til at når pasienter kom til et angstbelagt område hos seg selv, kunne de begynne å assosiere i en helt annen retning som flukt. I slike tilfeller der pasienter brukte sitt intellekt med det formål å unngå opplevelse av angst («intellektualisme»), observerte Reich at de i liten grad hadde kontakt med egne opplevelser. Det hadde utviklet seg en forflatning av følelser generelt.

En slik markert avspaltning fra egen kropp eller opplevelse reflekteres også i Donald Winnicotts (1949/1958) teorier. Han peker på svikt i «det holdende miljøet» som forklaring på hvordan en slik patologisk dualisme kan oppstå:

« ... mental fungering blir en ting i seg selv, faktisk erstatter det den gode mor og gjør henne unødvendig ... Dette er en svært urovekkende situasjon, spesielt fordi individets psyke blir ledet bort ... fra det intime forholdet som psyken opprinnelig hadde med soma. Resultatet er en intellekt-psyke som er patologisk» (Winnicott, 1949, s. 246–247, min oversettelse).

Ellert Nijenhuis (2000) har beskrevet hvordan det ved traumatisk dissosiasjon skjer et brudd i den normale syntesen mellom systemer av ideer og funksjoner som utgjør personligheten. Mangel på mental syntese, hevder han, kan resultere i et stort omfang av somatoforme så vel som psykologiske reaksjoner og funksjoner. Selv om «splittelse» har en beskyttende funksjon, har den også, ifølge Ogden, en stor pris. Hun beskriver hvordan en tilstand av indre splittelse gjør mulig at «påminnere» av traumatet kan trigge dissosierte ikke-verbale minnefragmenter og virke ødeleggende på personens evne til å modulere aktivering. Siden det er de isolerte ikke-verbale fragmentene fra fortiden som ødelegger individets opplevelse og evne til å fungere i det daglige liv, understreker Ogden viktigheten

av at terapeuten utvikler evne til integrasjon hos pasienten, slik at de dissosierte komponentene av det traumatiske minnet kan bli assimilert.

Intellektets begrensede verdi i behandling av interpersonlig traume

Ogden er en av flere teoretikere som hevder at en mer integrert heling av interpersonlig traume vanskelig kan oppnås gjennom intellektet og ord alene. Hun anser tradisjonelle verbale terapier, der det narrative uttrykket står sentralt, som utilstrekkelige til å kunne bevirke at isolerte sansemotoriske reaksjoner blir assimilert, og at den underliggende tendensen til at aktivering eskalerer til overveldende styrke blir løst. Ogden beskriver hvordan traumerelaterte fysiologiske symptomer kan vedvare og av og til forverre seg, selv når pasienter har klart å skape en relativt sammenhengende historie om traumet. Hun hevder at en verbal beretning om tidligere traume dessuten ikke alltid er mulig fordi minnene som trenger å bli assosiert, ikke er tilgjengelige gjennom språk. Også van der Kolk påpeker ordenes utilstrekkelighet i behandling av interpersonlig traume. Det å beskrive traumatiske erfaringer kan være problematisk, hevder han, fordi det lett vil kunne aktivere traumerelaterte fysiske fornemmelser og fysiologisk hyperaktivering. Nevnte reaksjoner vil vekke emosjoner som hjelpeløshet, frykt, skam og raseri, og når det skjer, kan pasienter, ifølge van der Kolk, lett føle at det enda ikke er trygt å arbeide med traumet.

For at en mer integrert heling av interpersonlig traume skal kunne bli mulig, anbefaler Ogden tradisjonelt trente terapeuter å trekke «kroppen» sterkere inn i behandlingen

Bruk av selv-instruksjoner som «Jeg er trygg nå» eller «Situasjonen er annerledes nå» kan likeledes, ifølge Ogden, ha begrenset verdi for personer som har opplevd interpersonlig traume. Når personer i denne gruppen står overfor ytre «påminnere» av traumet, forutføler de gjerne trussel og reagerer defensivt i kroppen som om traumet fortsatt skjer. Individuer som er fanget i et mønster av forutfølt fare og gjenagering av gamle defensive responser, har ifølge Ogden en begrenset evne til å modifisere sine reaksjoner i samsvar med kontekst. Til tross for innsikt og erkjennelse av nåværende trygghet kan de likevel reagere kroppslig med for eksempel «lammelse» eller «freeze», reaksjoner som «den gang» sikret overlevelse, men som nå ikke er hensiktsmessige. Siden ord og intellekt, ifølge Ogden, ikke er «nok» for å kunne hele interpersonlig traume i en dypere forstand, anbefaler hun tradisjonelt trente psykoterapeuter å legge til kropporienterte intervensjoner i sitt repertoar.

Videre oppfordrer Ogden terapeuter til å påse at pasienter får konsentrere seg om hvert opplevelsensnivå (det kroppslige, emosjonelle og kognitive) adskilt. Mange personer som har opplevd interpersonlig traume, har vansker med å differensiere presist de ulike elementene av sine indre kognitive, emosjonelle eller sansemotoriske reaksjoner. Manglende evne til å diskriminere mellom for eksempel fornemmelse av kroppslig aktivering og emosjonell følelse kan føre til eskalering av dem begge. Aktivering som eskalerer og overskrider pasientens tåle-evne, vil svekke integrativ evne. For å unngå et slikt utfall oppfordrer en «sansemotorisk» terapeut pasienten til å fokusere utelukkende på kroppslig fornemmelse som et første skritt. Pasienten arbeider da først med sanseforløperne til emosjon. Ogden hevder at når en pasient blir oppmerksom på slike indre fornemmelser, omdanner de seg ofte spontant til fornemmelser som er lettere å holde ut, og pasienten er ofte i stand til å utvide sitt toleransevindu. I det toleransevinduet øker, blir pasienten ofte gradvis i stand til å gjenetablere integrative emosjonell og kognitiv bearbeiding.

Terapeutisk bruk av mottakelig oppmerksomhet og kroppsspråk

I sansemotorisk psykoterapi hjelper terapeuter pasienter med å få adgang til sitt organiserende ikke-bevisste kjernemateriale (for eksempel implisitte tros-systemer) slik at dette kan bli bevisst, verbalisert og korrigert. «Sansemotoriske» psykoterapeuter er hele tiden oppmerksomme på pasienters kroppslige ytringer og kan i terapi ofte se hvordan deres tros-systemer systematisk unngås. For eksempel kan en vane med å stramme visse muskler, som respons på en tanke, skje uten at pasienten er oppmerksom på det. Som et første skritt i heling av traume kan terapeuten da gjøre pasienten oppmerksom på muskelstramningen ved å reflektere den verbalt. Terapeuten kan så stille pasienten denne typen spørsmål: «Hva opplever du at kroppen din «sier» når den strammer seg slik?» Imidlertid er det vanskeligere, hevder Ogden, å gjøre pasienter bevisste på kjernematerialet, som først skapte og nå opprettholder muskelspenningen. For å kunne oppnå adgang til ikke-bevisst kjernemateriale, er det nødvendig å bringe pasienten ut av hans/hennes vanlige bevissthetstilstand, der sinnet er «travelt» og oppmerksomheten er fokusert utenfor ham/henne selv. Når pasienten er opptatt av ytre «ting», er tros-systemene beskyttet mot forstyrrelse og endring.

Adgang til implisitte tankemessige vanemønstre, «beliefs» og minner er derimot mulig gjennom «mindfulness». I «mindfulness» befinner pasienten seg i en bevissthetstilstand der sinnet har stilnet og oppmerksomheten er rettet innover. Pasienten observerer seg selv og er mottakelig

oppmerksom på indre opplevelse i øyeblikket. Ogden, i likhet med Ron Kurtz (2007), fremholder trygghet i relasjonen som en avgjørende betingelse for å kunne etablere en tilstand av «mindfulness» i psykoterapi. Trygghet og tillit er nødvendig, hevder de, for at pasienten skal kunne gi slipp på «forsvaret» sitt og tillate den åpne, sårbare og sensitive tilstanden som «mindfulness» er. Kurtz beskriver hvordan en pasient i «mindfulness» kan være ekstremt sensitiv og at små, presise og treffsikre «inputs» da kan gi store reaksjoner, som reflekterer hans/hennes kjernemateriale. Det blir således mulig, hevder han, å samle informasjon om pasientens kjernemateriale med en letthet og fart som ikke hadde vært mulig på noen annen måte. Når «mindfulness» er etablert, kan en «sansemotorisk» terapeut gjøre små, presise eksperimenter sammen med pasienten for å vekke emosjoner, minner og reaksjoner hos ham/henne. Slike vekkede reaksjoner er spontane og automatiske og røper, ifølge de nevnte forfatterne, implisitt kjernemateriale, som har innflytelse på pasientens ikke-bevisste vanemessige adferd.

Kurtz beskriver noen virksomme eksperimenter han gjorde sammen med en kvinnelig pasient som hadde store vansker med å se ham inn i øynene. Et eksperiment gikk ut på at terapeuten lukket øy-nene sine, mens pasienten i en «mindful» tilstand var mottakelig oppmerksom på hva som da skjedde inne i henne. I et annet eksperiment begynte pasienten med å se bort og så sakte bevege øynene sine mot terapeutens. Kurtz beskriver hvordan ulike variasjoner av øyerelatert eksperimentering ble gjennomført, og at pasienten hver gang la merke til hvilke reaksjoner som ble vekt i henne selv. Noen ganger ble hun anspent (redd), og noen ganger slappet hun av. Videre beskriver Kurtz hvordan denne kvinnen, gjennom øyerelatert eksperimentering, fikk bilder og minner fram i bevisstheten, og at det slik ble mulig å samle informasjon om hva slags kjernemateriale som organiserte hennes unngåelse av øyekontakt.

Eksempelet illustrerer hvordan «mindfulness» og et primært fokus på kroppen i terapi kan få betydning for pasienter i en tilstand av indre splittelse. Det kan da bli mulig for dem å få adgang til sitt implisitte kjernemateriale, som så kan bearbeides og inngå i helheten. Hvordan oppmerksomhet på kroppen som en første inngangsport kan øke selvinnsikt og bevirke integrert heling, illustreres også godt i Mia Leijssens (2006) kliniske eksempel, som siteres i det følgende:

En 32 år gammel kvinne har vært deprimert siden hun fødte sitt barn for tre år siden. Hun har lest en god del om postnatal depresjon, men forklaringene berører henne ikke. Hun tenker 'Det er antakelig det jeg har', men føler ikke at det stemmer.

Terapeuten ber henne om å slutte å lete etter forklaringer, og rette sin oppmerksomhet mot senteret i kroppen sin og forbli i spørsmålet: 'Hva er egentlig i veien med meg?' Tårer kommer fram i øynene hennes. Hun ønsker å gi en forklaring på det, men terapeuten oppfordrer henne til å vente og forbli taust oppmerksom på kroppen sin. Spontant legger hun armene sine i kryss over underliv- og hjerte-området. Terapeuten lar henne fullt ut føle denne gesten. Plutselig kommer det fram et bilde av hennes lille datter, som blir båret vekk med en gang etter fødselen. 'Jeg vil ikke at de skal ta bort datteren min!', roper hun. Dette verbale uttrykket er åpenbart riktig. Kroppen hennes gjenkjenner at det er sånn det er, og det gir henne åpenbart en lettelse å gjenta uttrykket flere ganger. Men dette er enda ikke alt; det er mer spenning igjen i kroppen hennes. Terapeuten ber henne om å holde oppmerksomhet på kroppen sin og se hva mer som er der. Da ser hun seg selv stå bak glass med babyen sin på avstand i kuvøsen. Hun blir dypt fortvilet ... roper med smerte og sinne på gynekologen ... Nå oppdager hun at hun var tvunget til å godta situasjonen, der hun måtte etterlate barnet sitt på fødeavdelingen... Når hun to uker senere fikk tillatelse til å ta babyen med seg hjem, 'var den ikke hennes lenger'. Selv om dette var smertefulle opplevelser, føler hun seg nå svært lettet når hun åpner opp for dem. I tre år har kroppen hennes båret på dette, uten å finne et passende uttrykk for det. Kvinnen selv hadde 'glemt' hendelsene, men kroppen hennes fortsatte å bære dem i form av en depresjon. Nå som denne kroppslige kunnskapen har blitt åpnet opp for, føler kvinnen seg befridd. Energien hennes vender tilbake, og for første gang føler hun kjærlighet for sin datter (s. 129, min oversettelse).

Nedenfor gis et eksempel som illustrerer hvordan arbeid etter Ogdens prinsipper kan få betydning også for barn i psykoterapi på lekerom:

Erik, åtte år gammel, ble henvist for behandling med bakgrunn i emosjonelle problemer. Hans vansker ble antatt å være resultat av gjentatte traumatiske opplevelser i biologisk hjem frem til han, sju år gammel, ble plassert i fosterhjem. Da jeg første gang møtte Erik på venterommet, fremsto han som en stille og alvorlig gutt. På lekerommet, i de første timene, formidlet han en påvakt-holdning; han sjekket meg ut med blikket med jevne mellomrom mens han forsiktig undersøkte

hva som var av leker i hyllene. Erik virket kroppslig anspent og forknytt. Når jeg snakket til ham, svarte han meg med taushet og trakk seg fort unna i situasjoner der jeg nærmet meg ham fysisk.

Angst og kroppslige reaksjoner

Litt etter litt utviklet Erik evne til å leke. Etter hvert begynte han også å ta initiativ til verbal kontakt. Her hadde han imidlertid et stort problem. Talen hans var usammenhengende og preget av spastiske avbrudd. Dette gikk over i stamming og gjorde det vanskelig at budskapet hans kom igjennom. Ut fra bakgrunnskunnskapen jeg hadde om sterke traumatiske opplevelser tidlig i Eriks liv, var det mulig å forstå stammingen hans som en kroppslig krampetilstand, basert på angst. Kanskje var Erik «tilfrosset i frykt», og kanskje var stammingen hans kroppens måte å fortelle «historien» på? En slik tenkning harmonerer med Reichs innsikt om at traumer nedfeller seg i kroppen som spenninger i muskulaturen. Ut fra en hypotese om at Eriks stamming kunne være et angstfenomen, valgte jeg, i tråd med anbefalingene til for eksempel Ogden, van der Kolk og Rothschild, en tilnærming som fokuserer på virkningene av det traumatiske minnet, slik det manifesterer seg kroppslig. I situasjoner der Erik igjen hadde kommet til kort på grunn av stamming, kunne jeg for eksempel si: «Nå så jeg at det skjedde noe i kroppen din mens du prøvde å si meg noe.» Enkelte ganger oppfordret jeg ham til å prøve på nytt, men hvis det heller ikke da var mulig å forstå ham, kunne jeg undre meg høyt: «Jeg lurer på hvorfor kroppen din gjør slik at du ikke får sagt det du vil si? Kanskje den prøver å fortelle oss noe?» Min hensikt med en slik tilnærming var å gjøre Erik oppmerksom og nysgjerrig på kroppen sin og skape bevissthet om at kroppslige reaksjoner (stamming) kan formidle mening.

Åpning av kroppsminne

Noe senere i terapiforløpet begynte den rolige leken som hittil hadde vært, å gå over i dramalek. Under slik lek gjenagerte Erik traumatiske opplevelser i samspill med meg. For eksempel kunne jeg bli tildelt rollen som politi, og jeg skulle da «ta ham» mens han prøvde å slippe unna. Mens han løp så fort han kunne rundt bordet med meg etter seg, uttrykte han høylytt triumf over at han var raskere og smartere enn meg. Etter en stund avbryter Erik plutselig leken og setter seg ned på kanten av sandkassen med et alvorlig uttrykk i ansiktet. Jeg setter meg ved siden av ham, og vi sitter sammen i taushet en liten stund. Så sier han stammende og så vidt forståelig: «Før, når jeg bodde med mor og far, løp far etter meg med en kniv og brølte til meg. Da måtte jeg gjemme meg under bordet» ... «Og mens du satt slik under bordet», fortsatte jeg, «da var du vel redd i kroppen din? ... Kroppen min hadde i alle fall blitt veldig redd hvis en voksen hadde løpt etter meg med kniv og brølt til meg når

jeg var liten.» Slik søkte jeg å bekrefte den emosjonelle tilstanden av angst som Erik indirekte hadde formidlet, og også skape bevissthet hos ham om at angst sitter i kroppen.

Dramaleken fortsatte og tok nye former i tiden som fulgte. Igjen og igjen iscenesatte Erik farefulle situasjoner der den svake part måtte «dø» hvis han ikke klarte å komme seg unna. I rolige situasjoner mellom lekesekvenser hendte det at «den redde kroppen» igjen ble et tema i vår samtale. Jeg kunne da gå videre og si: «... og når kroppen blir redd, da kan det skje mye inni den. Den kan begynne å skjelve, eller den kan stramme seg. Og når kroppen har det sånn, da kan det bli veldig vanskelig å snakke.»

For pasienter som ikke hadde kontroll på når og hvordan de ble berørt i forbindelse med tidligere traume, kan en slik erfaring i terapi bli en sterk ny læring

I påfølgende time betrodde Erik meg, fortsatt stammende, flere skremmende opplevelser han hadde hatt i tidlig barndom. Dette ga meg en anledning til å fortsette arbeidet med å hjelpe ham til å være i sin kropp og forstå sine automatiske kroppslige reaksjoner (stammingen). I et passende øyeblikk kunne jeg si: «... og kroppen er også veldig flink til å huske ... den kan huske hvor redd den ble lenge etterpå ... kan det være at kroppen din husker enda hvor redd den ble når faren din skremte deg? ... og kan det være at det er fordi den er redd enda og knyter seg, at det blir vanskelig for deg å snakke?» Her fulgte en lengre periode med taushet. Jeg registrerte da et alvorlig og konsentrert uttrykk i Eriks ansikt, som kunne tyde på at han hadde tatt ordene mine inn, og at intense prosesser var virksomme i ham.

Samtidig med en stadig økende erindring og verbalisering av tidlige traumatiske hendelser avtok stammingen til Erik gradvis, og ved slutten på terapien var den så godt som borte. I denne erindringsprosessen la jeg merke til at kroppen hans gradvis ble mindre anspent, og han kunne etter hvert bevege seg friere i rommet. I tillegg var han blitt mer åpen og direkte i blikkontakten, og han tålte bedre at jeg nærmet meg ham fysisk. Mine observasjoner vitnet om angstreduksjon og at angstbaserte muskelspenninger hos ham hadde løst seg noe opp. Den positive endringen jeg hadde registrert hos Erik, hadde, slik jeg så det, sammenheng med min fokusering på hans kroppslige manifesteringer av traumet. Min verbale reflektering av hans kroppslige ytringer gjorde at han gradvis kunne bli oppmerksom på dem og hvordan de hang sammen med dysfunksjonelle emosjoner

og tanker. Litt etter litt kunne han bli kjent med seg selv og forstå sine implisitte kroppsminner (muskelspenning/ stamming).

Varsomhet

Selv om oppmerksomhet på pasienters fysiske ytringer kan gi anledning til å oppdage ny mening, innebærer en slik tilnærming, ifølge Leijssen, også en mulig fare. Noen pasienter kan føle seg forvirret, «arrestert » eller overveldet når terapeuter reflekterer en ikke-verbal ytring. I verste fall kan da et ikke-produktivt «flashback» bli utløst. Det er derfor viktig, poengterer Leijssen, at slike refleksjoner gjøres med stor forsiktighet. Pasienter bør gis mulighet til å komme i kontakt med det «fremmede» elementet litt etter litt og i passende posjoner. I visse tilfeller bør det vurderes om det i det hele tatt er riktig å «fange» kroppsspråket til pasienter. Leijssen har da i tankene situasjoner der tillit fortsatt er under oppbygging, eller der pasienter føler seg svært skjøre og sårbare.

Når det gjelder bruk av «mindfulness»-metoden, maner Ogden likeledes til forsiktighet. Hun advarer mot for mye oppmerksomhet på indre opplevelse, da det kan føre til overveldelse og ytterligere dissosiasjon. Hun hevder at pasienter med interpersonlig traume kommer fortere frem gjennom små og forsiktige skritt, og kanskje må fokuseringen i starten begrenses til å kjenne hvordan føttene presser mot underlaget. Etter arbeid med traumatisk minne på et kroppslig opplevelsensnivå understreker Ogden viktigheten av at emosjonelle og kognitive elementer av det traumatiske minnet introduseres varsomt og etter hverandre i terapiprosessen. Ved at terapeuter slik viser forsiktighet og går fram i samsvar med hver enkelt pasients tempo og evne til å integrere, unngås retraumatisering.

I tillegg til enkeltraumer beskriver traumelitteraturen hvordan også en mer vedvarende relasjonell traumatisering gjennom mangelfull omsorg kan ha en skadelig virkning. Hvordan terapeuter kan møte pasienter med denne type traume, illustreres i det følgende.

Visuell og fysisk holding som terapeutiske metoder

Winnicotts (1960a/1965) ide om «det holdende miljø» inkluderer det verdifulle og skjøre ansiktet og øyekontakten mellom moren og spedbarnet. Han stiller spørsmålet: «Hva ser en baby når han ser inn i morens ansikt?» (1967, s. 131, min oversettelse). Han mener at babyen ser seg selv relativt til hva han finner i mors ansikt. Flere teoretikere (for eksempel Nancy Weil, 1985) hevder at pasienter i den terapeutiske situasjonen kan erfare samme fenomen i relasjon til terapeuten. Weil har interessert seg spesielt for gruppen visuelt depriverte pasienter og beskriver hvordan en hos dem ofte kan se

en gjentakelse av blikk-unngåelse der pasientens hode vender seg bort fra ansiktet til terapeuten. En flat og glassaktig stirring er også vanlig. I følgende kasuseksempel illustrerer Weil hvordan det å bli holdt visuelt av en anerkjennende terapeut kan være av stor verdi. Det kan hjelpe pasienter med slik patologi å revurdere sitt dårlige selvbilde og gå videre i sin selvutvikling.

Weil beskriver en kvinne med en historie som inkluderer et dårlig forhold til en psykotisk mor. Pasienten var anorektisk, og hun følte seg stygg, fet og formløs. Etter flere år i «snakke-terapi» var hennes selvbilde fortsatt svært dårlig. I det terapeuten (Weil) undret seg over pasientens fortsatt dårlige selvbilde, slo det henne at pasientens mor kanskje aldri hadde sett på henne. Weil beskriver hvordan hun ved en anledning, når mottakelsesrommet var tomt, spurte pasienten om hva hun så når hun så seg selv i et speil som var der. Pasienten svarte: «Jeg ser en fet, stygg jente». Når terapeuten spurte: «Hvor er du fet?», svarte hun: «I ansiktet». Pasienten så da på terapeuten intensjonelt og Weil beskriver hvordan hun så på pasienten med åpenbar aksept av hennes utseende. Etter å ha stått sammen i flere minutter, sier pasienten uventet: «Når jeg ser deg se på meg, føler jeg meg ikke så fet i ansiktet, håret mitt ser ikke så stygt ut heller».

At terapeuten så på pasienten med åpenbar aksept, hadde altså gjort det mulig for henne å revurdere sitt dårlige selvbilde ved direkte å studere sitt bilde i speilet. Weil beskriver hvordan blikkdialogen mellom henne og pasienten ble et nytt fokus i det videre terapeutiske arbeidet. Pasienten begynte å utvikle en ny evne til å se inn i terapeutens ansikt og se at terapeuten opplevde henne som verdifull. Når visuelt depriverte pasienter blir i stand til å fokusere oppmerksomheten på terapeutens ansiktsuttrykk, representerer dette ofte en stor bedring i pasientens utvikling av ego-integrasjon og differensiering. En slik utvikling kan imidlertid bli sterkt forsinket, eller kanskje aldri skje, dersom terapeuten glemmer hvor viktig denne dimensjonen av terapeutisk arbeid er.

Også når det gjelder pasienter med berøringsrelaterte sår, har tilstrekkelig bedring ofte vist seg vanskelig å oppnå bare gjennom verbale eller kognitive tilnærminger (Hunter og Struve, 1998). I kontakt med fysisk eller seksuelt misbrukte pasienter anbefaler de terapeuten å inkludere erfaringstilnærminger, som kan gi dem en mulighet i det virkelige liv til å oppleve ikke-krenkende berøring. Respektfull berøring forutsetter imidlertid kunnskap hos terapeuten om at enhver fysisk berøring er forbundet med en subjektiv kvalitet. Hvordan en pasient reagerer på fysisk berøring, er avhengig av hans/hennes spesielle erfaringsbakgrunn, nåværende tilstand og terapeutens måte å nærme seg på. I psykoterapi kan virkningene av fysisk berøring lett bli annerledes enn det terapeuten intenderte eller det pasienten forventet. Terapeuten må derfor spørre pasienten om hva som skjer

inni ham/henne idet berøring anvendes (Ogden, Minton, Pain, 2006). Kanskje føler pasienten en impuls til å trekke seg vekk, sukke i lettelse, eller kanskje kommer det fram en bestemt tanke, følelse, eller et minne. I terapi er pasientens fysiske og psykologiske tilstand også hele tiden skiftende. En terapeut som anvender fysisk berøring, må derfor være «lyttende» og tilpasse berøringen fra øyeblikk til øyeblikk. Terapeuten eksperimenterer for eksempel med å øke, eller minske, trykket på berøringen for å kunne avgjøre hvor mye som er «nok». Han/hun tilbyr slik en erfaring med berøring som er respektfull, ikke-invaderende og hele tiden åpen for justering. På denne måten kan pasienten vite at han/hun har den fulle kontroll under berøringen og kan endre den eller avslutte den når som helst. For de som ikke hadde kontroll på når og hvordan de ble berørt i forbindelse med tidligere traume, kan en slik erfaring i terapi bli en sterk ny læring.

Konklusjon

Jeg har drøftet betingelser som må være til stede i terapi for at pasienter som har opplevd interpersonlig traume, skal få mulighet til å utvikle integrativ evne og hele «splittelsen» som traume har resultert i. Jeg har fremholdt som en hovedbetingelse at terapi skjer på alle opplevelsesnivåer som er berørt av traume – det kroppslige, det emosjonelle og det kognitive – med et primært fokus på det kroppslige. Når pasienter har vansker med å differensiere presist de ulike elementene av sine indre kognitive, emosjonelle eller sansemotoriske reaksjoner, bør man arbeide atskilt på de tre opplevelsesnivåene. Terapeutisk arbeid på alle opplevelsesnivåene, atskilt og innenfor toleransevinduet for å unngå retraumatisering, er nødvendige betingelser for at integrativ evne kan gjenetableres. Å gjeninnsette integrativ evne hos pasienter med interpersonlig traume har jeg fremholdt som en sentral terapeutisk oppgave. Når pasienter i denne gruppen blir i stand til å tåle og integrere sine tanker, følelser og kroppslige reaksjoner, kan heling av traume bli mulig i en dypere forstand.

Referanser

- Amlund, E. (1979). Henimot en reformulering av Reichs karakteranalytiske teori. Hovedoppgave. Universitetet i Oslo.
- Anstorp, T., Benum, K., Jakobsen, M. (2006). *Dissosiasjon og relasjonstraumer*. Oslo: Universitetsforlaget.

- Aposhyan, S. (2004). *Body-mind psychotherapy: Principles, techniques, and practical applications*. New York: Norton.
- Cloitre, M., Cohen, L. R., Koenen, K. C. (2006). *Treating survivors of childhood abuse: psychotherapy for the interrupted life*. New York, London: The Guilford Press.
- Egeland, R. T. (2010). *Mindfulness i hverdagen*. Oslo: Pantagruel Forlag.
- Emerson, D., Hopper, E. (2011). *Overcoming trauma through yoga: reclaiming your body*. Berkeley, California: North Atlantic Books.
- First Bi-Annual International Conference. (2008). *Chronic Traumatization: Disrupted Attachment and the Dissociative Mind*. Kurs i Amsterdam, 17.–19. april, 2008.
- Hart, S. (2011). *Den følsomme hjernen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Hunter, M. & Struve, J. (1998). Challenging the taboo: Support for the ethical use of touch in psychotherapy with sexually compulsive/addicted clients. *Sexual Addiction & Compulsivity*, 5, 141–148.
- Janet, P. (1919). *Psychological healing*. New York: Macmillan.
- Kirkengen, A. L. (2009). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kurtz, R. (2007). *Body-centered psychotherapy: the hakomi method*. Mendocino, CA: LifeRhythm.
- Leijssen, M. (2006). Validation of the body in psychotherapy. *Journal of Humanistic Psychology*, 46, 126–146.
- Levine, P. A. (1998). *Væk tigreren: helbredelse af traumer*. København: Borgens Forlag.
- Levine, P. A., Kline, M. (2007). *Trauma through a child's eyes: awakening the ordinary miracle of healing*. Berkeley, CA: North Atlantic Books.
- Nijenhuis, E. (2000). *Somatiform dissociation*. Assen, the Netherlands: Van Gorcum and Comp BV.
- Ogden, P., Minton, K., Pain, C. (2006). *Trauma and the body*. New York, London: W. W. Norton & Company.
- Ogden, P. & Minton, K. (2000). Sensorimotor psychotherapy: One method for processing traumatic memory. *Traumatology*, 6, 1–20.
- Reich, W. (1949). *Character analysis*. New York: The Noonday Press.
- Rothschild, B. (2000). *The body remembers*. New York, London: W. W. Norton & Company.
- Septemberkonferansen (2009). *Kropp og traumer*. Kurs i Bergen, 7. og 8. september, 2009.
- van der Kolk, B. A., McFarlane, A. C., Weisaeth, L. (1996). *Traumatic stress*. New York: The Guilford Press.

- van der Kolk, B. A. (1998, november). *Neurobiology, attachment and trauma*. Presentation at the annual meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, Washington, D.C.
- van der Kolk, B. A. (2000). *The assessment and treatment of complex PTSD*. Manuskript. Kurs i Oslo, 27. og 28. juni, 2000.
- van der Kolk, B. A. (2006). Foreword. I P. Ogden, K. Minton, C. Pain (red.), *Trauma and the body* (s. xvii–xxvi). New York, London: W. W. Norton & Company.
- van der Kolk, B. A. (2011). Introduction. I D. Emerson & E. Hopper (red.), *Overcoming trauma through yoga* (s. xvii–xxiv). Berkeley CA: North Atlantic Books.
- Weil, N. (1985). The role of facial expressions in the holding environment. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 10, 76–89.
- Winnicott, D. W. (1949/1958). Mind and its relation to psyche soma. I *Collected papers: Through paediatrics to psycho-analysis*. London: Tavistock.
- Winnicott, D. W. (1960a/1965). The theory of the parent-infant relationship. I *The maturational processes and the facilitating environment*. London: Hogarth Press.
- Winnicott, D. W. (1967). Mirror-role of the mother and family in child development. I *Playing and Reality*, s. 111–119. London: Tavistock Publications.